48 m

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 145

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

O. ZUNIGA PALLAIS

Externe des Hôpitaux

Né à Leon (Nicaragua), le 3 Novembre 1902

Un Procédé de Cure radicale de la Hernie inguinale

Président : M. CUNÉO, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1929

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Z. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929 **THÈSE** N°.....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

O. ZUNIGA PALLAIS

Externe des Hôpitaux

Né à Leon (Nicaragua), le 13 Novembre 1902

Un Procédé de Cure radicale de la Hernie inguinale

Président : M. CUNÉO, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1929

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentle	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	TANON.
Médecine égale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	RRANCA

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Docteur Andres M. ZUNIGA

Ex-Recteur du Lycée de Léon, a Nicaragua

A MA MÈRE, SŒURS ET FRÈRES

A MA COUSINE Flory ZUNIGA

A MES ONCLES :

Victor ZUNIGA

Docteur Louis H. DEBAYLE

Doyen de la Faculté de Médecine de Léon

Membre correspondant de l'Académie de Paris

et Docteur Azarias H. PALLAIS

Professeur au séminaire de Léon

A Mme Lolita M. de KOPPENHAGUE

et Mme Blanca B. de FERNANDEZ

A MM. Pierre MATAMOROS (*in memoriam*)

Fernando VELEZ PAIZ

Pedro RAMIREZ M.

et Carlos VALVERDE

A M. le Professeur B. CUNEO

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, avec notre profonde reconnaissance.

A M. le Professeur H. ROUVIÈRE

Qui nous a accueilli si paternellement
dans son laboratoire.

A M. FOLLIASSON

INTERNE DES HOPITAUX

Qui nous a inspiré ce travail.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT :

Mme Dr Paule BRIAN G.
Ex-interne des Hopitaux

M. le Professeur Jean-Louis FAURE

MM. le Docteur MOULONGUET
Chirurgien des Hopitaux

A. MOUCHET
Chirurgien des Hopitaux

DEVRAIGNE
Accoucheur des Hopitaux

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

Introduction

Il n'est pas d'intervention plus courante que la cure radicale d'une hernie inguinale. Mais il n'est pas d'opération aussi diversement réglée. Les procédés abondent par centaines, ce qui n'est peut-être pas d'ailleurs la meilleure preuve de leur efficacité. Chaque chirurgien a sa technique, la considère comme bien réglée et devant s'opposer infailliblement à toute récidive.

Sans avoir la prétention d'être très nouveau, nous avons l'intention, dans ce court travail, d'insister sur un procédé qui, à notre sens, n'a pas eu le succès qu'il méritait. Ce procédé décrit par Halsted en 1893, nous l'avons vu appliquer, légèrement modifié, par M. Folliasson, interne du service du Professeur Cunéo à Lariboisière. Il a bien voulu nous guider dans notre travail, et nous lui en exprimons toute notre gratitude. Nous ne doutons nullement que les chirurgiens qui auront recours à ce procédé ne soient satisfaits des résultats qu'ils en obtiendront.

Historique

Sans vouloir reprendre, complètement, ce qui nous entraînerait trop loin, l'historique de la cure radicale de la hernie inguinale, il est quand même curieux de constater que, schématiquement, tout au début, les auteurs se sont préoccupés uniquement de la suppression de l'infundibulum péritonéal qui constitue le sac herniaire et nullement de la consolidation de la paroi abdominale au niveau de la région affaiblie (Martin du Pau).

Dans une seconde étape, les chirurgiens se sont attachés à reconstituer les uns la seule paroi antérieure, soit isolément (Lucas Championnière), soit en la doublant de la couche musculaire du petit oblique et du transverse (Mugnaï-Forgues) (schémas 1 et 2), les autres la paroi postérieure et la paroi antérieure de part et d'autre du cordon (Bassini-Halsteld).

A côté de ces procédés-types, il nous serait facile de faire une fastidieuse énumération des variantes et des sous-variantes qu'ils ont suscitées. Nous n'en retiendrons que deux : le procédé de Berger qui renforce le trajet inguinal en se servant de l'aponévro-

Schéma 1 (Mugnaï).

C = Cordon.
G O = Grand oblique.
T E = Tendon conjoint.
F T = Fascia transversalis.

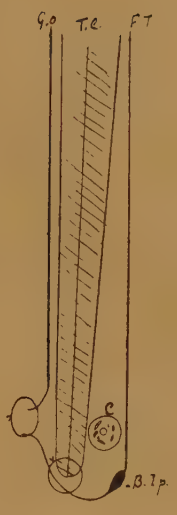

Schéma 2 (Forgues).

B. I. p. baudette, ilio pubienne.

se de la paroi antérieure du grand droit, procédé repris par Pauchet, et le procédé myoplastique de Tzaïko, qui consiste à faire passer le pectiné derrière l'arcade crurale et à le suturer à la face antérieure du plan musculaire petit et transverse.

Exposé Critique

Que valent tous ces procédés ?

a) Ceux qui traitent uniquement le sac ne peuvent donner que des déboires, et, de fait, la récidive est constante, ainsi que l'a démontré Venot à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, en juin 1914.

b) Les procédés qui reconstituent la paroi antérieure seule, que ce soit le Lucas Championnière, le Mugnaï ou le Forgues, sont, malgré leur emploi courant et le récent plaidoyer de Bonnet en leur faveur, passibles de plus d'un reproche :

1° Ils ne sont pas anatomiques ;

2° Lorsque la hernie est ancienne, et de gros volume, l'anneau profond reste distendu en un entonnoir fibreux situé en dehors des vaisseaux épigastriques (Oudard et Jean) et la récidive est à peu près fatale.

3° Ils laissent une paroi profonde sans soutien au niveau de l'orifice inguinal superficiel.

4° Si l'on emploie des crins pour les sutures, ceux-ci sont presque immédiatement sous les téguments, leur saillie gêne et agace les malades, d'où nécessité relativement fréquente de pratiquer leur ablation secondaire.

c) Seuls les procédés de Bassini (Lecène) et de Halsted sont capables d'assurer au maximum une réfection solide du trajet inguinal. Rappelons brièvement en quoi consistent ces deux procédés.

Schéma 3 (Bassini).

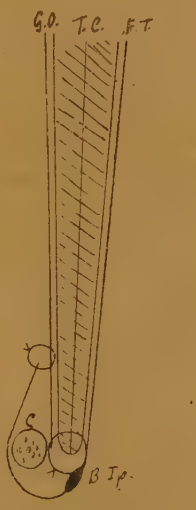

Schéma 4 (Halsted).

Dans le Bassini (schéma 3), on abaisse le petit oblique et le transverse fusionnés en un tendon conjoint au bord postérieur épaissi de l'arcade crurale (ban-

delette ilio-pubienne). Au-devant, le cordon occupe sa situation normale, physiologique. En avant de lui, l'aponévrose du grand oblique (paroi antérieure) est soigneusement reconstituée.

Dans le procédé de Halsted (schéma 4) on abaisse à la bandelette ilio-pubienne non seulement le tendon conjoint, mais encore le bord libre de la lèvre supérieure de section de l'aponévrose du grand oblique. On a donc ainsi un plan rétrofuniculaire musculo-fibreux ; le cordon là encore occupe sa place normale ; la paroi antérieure est reconstituée en appliquant au-devant de lui le feuillet inférieur du grand oblique qui est fixé à la face superficielle du feuillet supérieur par quelques points en U ou par un surjet.

Le procédé de Bassini qui rallie cependant les suffrages de la majorité des chirurgiens a été fortement critiqué par Oudard et Jean dans leur article de la *Revue de Chirurgie* de février 1922. Voici dans quels termes :

(1°) « Le gros reproche que l'on peut adresser à « ce procédé, c'est qu'il interpose le cordon entre « les deux parois antérieure et postérieure. Or, si « on établit une solide paroi postérieure, c'est aux « dépens de la résistance de la paroi antérieure : « l'aponévrose ne peut être fortement constituée « sous peine d'étrangler le cordon.

(2°) « On abaisse des fibres musculaires pour les « fixer aux fibres ilio-pubiennes en leur donnant

« une situation antiphysiologique. Lorsque le sujet « se lève, travaille, ces fibres déviées tendent à « reprendre leur direction primitive, le bord inférieur du muscle abaissé tend à se redresser laissant un mince rideau de muscles dissociés qui « s'atrophient, atrophie souvent préparée par le « traumatisme opératoire, le tiraillement ou la « compression des rameaux nerveux par les ligatures.

« Nous avons toujours constaté l'existence de ce « rideau aminci, et il ne restera en arrière du cordon qu'un mince voile fibreux sans résistance. « Ainsi réduite, cette paroi musculaire n'opposera « aucune résistance à la poussée abdominale qui « après avoir forcé le premier barrage ne rencontrera plus qu'une aponévrose lâche. On aura sacrifié la paroi antérieure seule capable de tenir « pour établir une paroi postérieure musculaire « sans avenir ».

« D'autre part, le Bassini ne renforce pas la paroi « postérieure là où c'est le plus nécessaire. Non « seulement le muscle ne cravate pas le cordon sur « son bord interne en face du point faible, mais encore il ne fait rien pour obturer cet espace vide « qui existe normalement entre le cordon et le « plancher du canal inguinal, surtout au voisinage « de l'anneau profond, et qui constitue un véritable entonnoir.

« Le point faible persiste donc, et n'est soutenu « que par l'aponévrose affaiblie, d'où la fréquence

« des éventrations supéro-externes en face de l'an-
« neau profond signalé déjà par divers auteurs
« après le Bassini ».

Ces critiques du Bassini, et du Halsted qui en dérive, ne nous semblent pas justifiées : D'une part, on peut très facilement, quoi qu'en disent ces deux auteurs, reconstituer au-devant du cordon une paroi aponévrotique solide sans l'étrangler, surtout lorsqu'on modifie la technique de Bassini ou de Halsted dans le sens que nous indiquons plus loin.

D'autre part, ce qu'ils disent de la transformation du tendon conjoint abaissé derrière le cordon en un mince rideau fibreux nous semble rien moins que convainquant car :

a) Ce reproche peut aussi bien s'adresser aux procédés antefuniculaires type Forgues, car ce n'est pas le fait de fixer le tendon conjoint sur la lèvre antérieure de l'arcade qui l'empêchera d'exercer une forte traction vers le haut et de se transformer en une lame fibreuse.

b) Oudard et Jean ont dû observer des récidives après Bassini fait de façon hâtive au catgut, d'où résorption rapide, et lâchage des muscles.

Il y a cependant deux faits que M. Folliasson considère comme constants ou presque lors de l'exécution du Bassini ou du Halsted : c'est d'une part lorsqu'on noue les fils unissant la bandelette ilio-pubienne au tendon conjoint, au lieu d'assister à l'abaissement du tendon conjoint à l'arcade, on

voit cette dernière monter (schéma 5), vers le tendon sous la forme d'une bandelette effilochée, les orifices des fils dans l'arcade s'étant élargis transversalement et rejoints ; et, d'autre part, lorsque l'arcade résiste elle se déroule (schéma 6) pour ainsi

Schéma 5 (Bassini)
Accideut

Schéma 6 (Bassini)
Accident

dire, et on a beaucoup de peine à retrouver, une fois le cordon mis en place, la lèvre de section inférieure de l'aponévrose du grand oblique. Ces deux remarques, faites par M. Folliasson à l'occasion de plus de 200 cures radicales par le procédé rétrofuniculaire classique, peuvent dans une certaine mesure, justifier les deux reproches adressés au Bassini par Oudard et Jean.

Y a-t-il un moyen d'éviter ces inconvénients? Oui.

L'arcade crurale n'est pas, quoi qu'en dise Bonnet, la « base » solide de la région. Il faut abaisser le tendon conjoint, formation résistante, tendant toujours à se redresser, à un point d'appui inférieur, solide, capable de lui résister ; ce point d'appui, est le ligament de Cooper. Il faut traiter la hernie inguinale comme on traite la hernie crurale.

Nous ne partageons pas l'avis de Richard déclarant le ligament de Cooper souvent mince, facilement déchirable et lui préférant le muscle pectiné.

L'autre avantage de la fixation du ligament de Cooper au tendon conjoint seul, ou accompagné du feuillet supérieur de l'aponévrose du grand oblique (Halsted) c'est qu'elle va donner de l'étoffe aponévrotique, ce qui facilitera singulièrement la réfection de la paroi antérieure au-devant du cordon.

Dernier avantage : dans le cas de hernie inguinale récidivée, lorsqu'on arrive au temps de réfection pariétale, il est souvent difficile de reconnaître l'arcade crurale, d'ailleurs altérée, friable, alors qu'il est, par contre, toujours facile de découvrir le ligament de Cooper intact et résistant.

Cette technique est infiniment plus simple et plus logique que les procédés de Berger, repris récemment par Pauchet, et de Tzaïko.

Dans le premier, après avoir fait le Bassini on renforce le trajet inguinal en taillant un lambeau

dans la gaine antérieure du grand droit, on le rabat en dehors en passant en avant du cordon pour aller le suturer à la bandelette ilio-pubienne en avant de la suture des muscles petit oblique et transverse. Comme en pareil cas, l'aponévrose du grand oblique est toujours trop lâche, on en profite pour suturer la lèvre inférieure de son incision, à la lèvre interne de l'incision du grand droit. Puis par-dessus, on rabat le lambeau supérieur du grand oblique qu'on vient de suturer en bas à l'arcade de Fallope. Berger recommande de fixer par quelques points isolés le bord externe du muscle grand droit à sa gaine.

Dans le Tzaïko, on confectionne un lambeau musculaire après découverte du pectiné, on incise l'arcade, on suture les trois formations au ligament de Cooper, on capitonne le vide péritonéal, on reconstitue le grand oblique (paroi antérieure).

On voit combien ces deux techniques sont longues, compliquées, exposant à des hématomes, par suite des décollements aponévrotiques ou musculaires.

Rappel Anatomique

L'existence de l'arcade artérielle unissant l'artère épigastrique à l'artère obturatrice, et passant sous le Gimbernat et derrière le Cooper, pourrait être le seul inconvénient de la technique que nous allons décrire. Or, cet inconvénient est tout théorique, il n'a jamais été donné à M. Folliasson, au cours de ses interventions, de rencontrer cette anastomose. Dans le cas où elle existerait, d'ailleurs, rien ne serait plus simple que d'en pratiquer la section après ligatures préalables.

Par contre, il existe constamment quelques veinules noyées dans la graisse et unissant la terminaison de la veine iliaque externe, aux veines obturatrices. En dégageant brutalement le ligament de Cooper, on risque de les déchirer, d'où un suintement sanguin abondant, assez difficile à tarir vu la profondeur de la région ou l'on opère.

Il nous serait inutile d'insister sur les rapports du ligament de Cooper avec le péritoine d'une part, et avec la veine iliaque externe d'autre part. Ces rap-

ports doivent être présents à l'esprit de l'opérateur en lui commandant d'éviter toute manœuvre brutale ou aveugle.

Technique

Nous l'envisagerons dans deux cas :

1° *Dans les cas de hernie banale ;*

2° *Dans les cas de hernie récidivée.*

I. Hernie inguinale banale.

(Technique de Bassini modifiée)

a) Incision des téguments.

Plus longue que celle ordinairement employée, surtout vers le bas, ou tracée sur le relief du cordon, elle empiète de 3 centimètres sur la racine des bourses. Nous en donnerons les raisons plus bas.

b) Découverte et mise à nu de l'aponévrose du grand oblique. Incision.

c) Les deux lèvres aponévrotiques sont réclinées par deux écarteurs de Farabeuf. L'emploi des pinces servant à les repérer est inutile et nuisible en ce sens qu'elles tiraillent et tendent à dissocier l'aponévrose, la compriment en leur point d'application, diminuant ainsi sa vitalité.

d) Isolement du cordon.

Commencer à la partie interne du cordon. Il faut bien dégager sa partie basse et c'est là l'utilité de la longue incision mordant sur la racine des bourses.

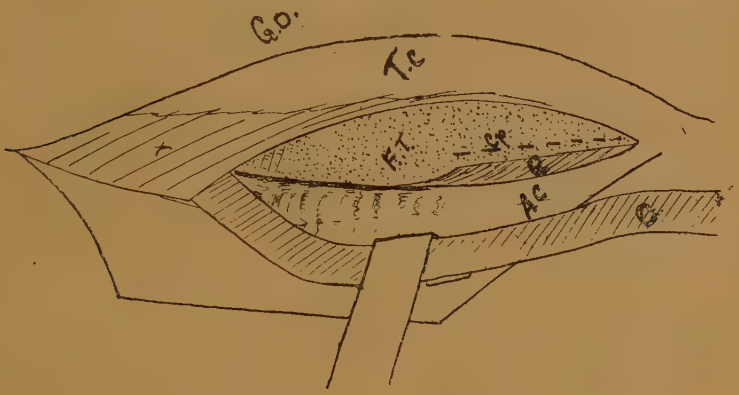

Schéma 7 (Bassini modifié).

G O = Grand oblique.
T C = Tendon conjoint.
F T = Fascia transversalis.
C P = Cooper.
G = Gimbernat.
A C = Arcade crurale.
C = Cordon.

e) Isolement du sac. Ouverture. Traitement du contenu. Résection. Manœuvre de Barker systématique.

f) Le cordon est recliné vers le bas sans brutalité. On expose bien le bord postérieur de l'arcade, le tendon conjoint, le point faible, la face supérieure

du Gimbernat. A la partie externe de la plaie, on voit se dessiner bellement, en dedans du cordon, la saillie des vaisseaux épigastriques. De l'extrême pointe du bistouri juste au-dessus du Gimbernat, on raye le fascia transversalis. De la pointe fermée des ciseaux courbes mousses, on refoule très prudemment le fascia transversalis, maintenant derrière lui le péritoine, on double le bord postérieur du ligament de Cooper qui apparaît brillant et nacré ; l'aide maintient la pointe des ciseaux engagée derrière le ligament, ceci dans le but de protéger le péritoine d'une échappée de l'aiguille.

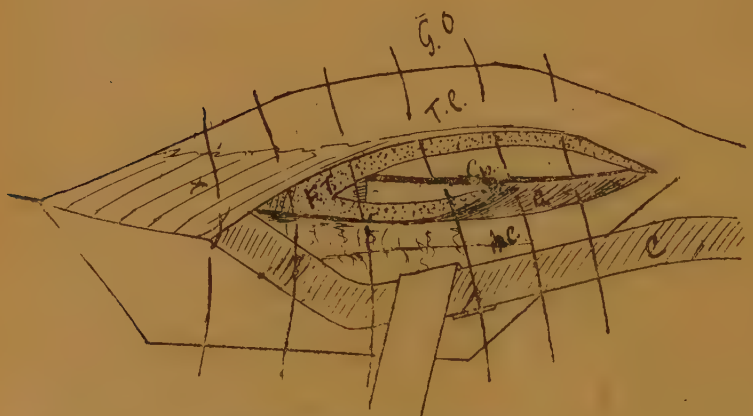

Schéma 8 (Bassini modifié).

g) On charge une aiguille de Reverdin courbe avec un fil (soie, crin ou lin). On transperce le liga-

ment de Gimbernat, puis le Cooper en tâchant de prendre avec lui un peu du périoste pubien ; la pointe de l'aiguille vient butter contre les ciseaux. Avec une pince à griffes, on saisit le fil, l'aiguille est retirée. Le bout supérieur du fil est passé de bas en haut et d'avant en arrière dans la partie tendineuse du tendon conjoint. Les deux chefs du fil sont repérés par une pince de Péan. On passe ainsi successivement, de dedans en dehors, trois fils. Seul, le passage du fil le plus externe est le plus délicat : en effet, la veine iliaque externe est toute proche. On noue les fils en serrant le nœud à fond et l'on voit le tendon conjoint s'accoler au ligament de Cooper.

h) On peut maintenant passer deux ou trois fils dans la partie externe de la plaie, fils unissant la bandelette ilio-pubienne au tendon conjoint, et lorsqu'on nouera, on verra la partie externe du tendon s'abaisser facilement à l'arcade sans provoquer le déchirement de cette dernière.

i) Le cordon recliné est ramené à sa place.

j) Un point au catgut 1 est passé en avant du cordon juste en face de l'orifice interne ; il réunit la concavité de l'arcade aux fibres musculaires du petit oblique et du transverse. C'est une sécurité de plus vis-à-vis d'une récidive possible.

k) Suture en paletot de l'aponévrose du grand oblique par des points en U au catgut 1. On est surpris de la facilité de l'exécution de cette suture apo-

névrotique, due à la large « étoffe » aponévrotique résultant de l'abaissement du conjoint au Cooper.

Schéma 9 (Bassini modifié).
P = Pubis.

I) Surjet au catgut o 6 sur le tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Agrafes ou crins sur les téguments.

II) Hernies inguinales récidivées (technique de Halsted modifiée).

a) Incision cutanée.

Là encore, elle est longue, empiète fortement sur la racine des bourses : elle circonscrit la cicatrice

cutanée qui est excisée, les lèvres en sont légèrement disséquées pour bien découvrir l'aponévrose du grand oblique.

b) Ouvrir l'aponévrose dans sa zone cicatricielle avant d'avoir repéré exactement le cordon, serait

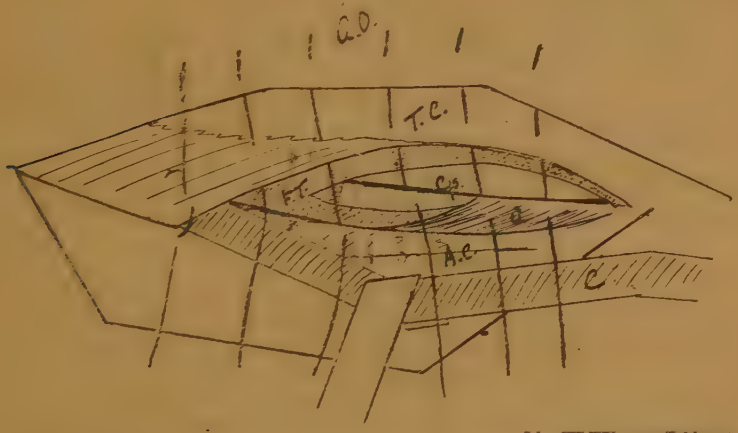

Schéma 1 : Halsted modifié.

une faute, exposerait à la blessure malencontreuse du canal déférent, ou de l'artère spermatique, et c'est là justement l'avantage de l'incision basse qui permet l'isolement du cordon bien au-dessous de l'orifice externe en tissu sain. On l'isole en remontant et c'est chemin faisant que l'on sectionne la zone aponévrotique cicatricielle du grand oblique.

c) On poursuit l'isolement du cordon et la libération de ses adhérences au tendon conjoint d'une part à l'arcade d'autre part. On constate généralement que cette dernière est altérée, a perdu son brillant et présente des éraillures plus ou moins nombreuses.

d) Ouverture du sac le plus haut possible. Traitement du contenu. Résection. Barker.

e) Découverte du Cooper comme dans la technique précédente, et autant il a été difficile d'isoler ce qui restait d'arcade, autant on est surpris de la facilité avec laquelle on met en évidence le ligament non altéré par le tissu cicatriciel et, de ce fait, élément de résistance.

f) Passage des fils dans le ligement de Cooper comme dans le cas précédent ; mais cette fois en haut, au lieu de charger isolément le tendon conjoint, on prend avec lui la lèvre supérieure de section de l'aponévrose du grand oblique. On noue les fils et ainsi on a reconstitué en arrière du cordon une paroi postérieure d'une résistance à toute épreuve. La réfection de cette paroi est complétée par le passage de quelques fils unissant le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique et du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale.

g) Le cordon est remis en place.

h) La lèvre de section inférieure du grand oblique est ramassée au-devant de lui, et fixée par des

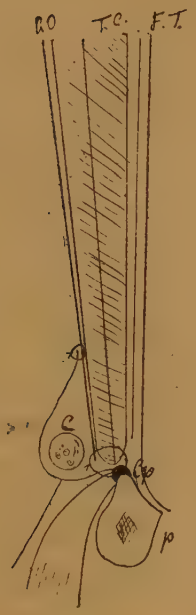

Schéma 11 (Halsted modifié).

points séparés à la face antérieure du feuillet aponévrotique supérieur.

i) Surjet au catgut o o sur le tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

j) Crins ou agrafes sur les téguments.

Observations

OBSERVATION I

C... Félix, 36 ans, infirmier, 34, rue Mautaubert, sujet porteur d'une hernie ombilicale, d'une hernie inguinale droite oblique externe, a déjà été opéré dans un autre service de hernie inguinale gauche ayant récidivé 3 mois après l'intervention.

Sujet à paroi abdominale surchargée de graisse et présentant la triple saillie de Malgaigne.

Opération de la hernie inguinale droite le 14, 3, 28. Anesthésie locale à la novocaïne.

Incision, ouverture du sac. Traitement du contenu.

Résection d'une frange épiploïque altérée. Réfection de la paroi par le procédé de Bassini modifié aux crins-couples. Suture en paletot du grand oblique. Crins sur les téguments. Le 26-3-28, sous anesthésie locale, opération de la hernie ombilicale par la technique banale. Le malade quitte le service le 8-4-28. Il s'est refusé à la cure radicale de la hernie inguinale gauche récidivée ; et après 15 jours de convalescence reprend son métier ; métier pénible qui le force à de durs travaux.

Revu le 2-3-29, cicatrices souples, régulières. Au niveau de la région inguinale, la paroi est résistante sans aucune trace de récidive. Il en est de même au niveau de la région ombilicale.

OBSERVATION II

F. Domenico, 27 ans, 55, rue Popincourt. Malade opérée d'urgence pour hernie étranglée droite, le 18-6-28.

Il s'agit de hernie inguinale récidive. Les phénomènes d'étranglement datent de la veille.

Incision. Ouverture du sac. Etranglement de trois anses grêles par le collet. Pas de lésions intestinales. Débridement. Réintégration. Isolement difficile du sac en raison de sa minceur. Ligature. Résection. Barker. Réfection de la paroi par le procédé de Halsted modifié, aux crins. Suture en paletot de l'aponévrose du grand oblique, agrafes.

Suites : réunion par primam. Sort guéri le 26-6-28.

Conclusions

1° Le seul procédé correct et anatomique de réfection du trajet inguinal est le procédé rétrofuniculaire de Bassini ou de Halsted.

2° L'arcade crurale n'est pas une base suffisamment solide pour qu'on puisse avec sécurité, en arrière du cordon, y fixer le tendon conjoint.

3° Donc, il faut traiter les hernies inguinales comme les hernies crurales en fixant au Cooper, soit le tendon conjoint seul (Bassini), soit le tendon conjoint uni à la lèvre de section supérieure de l'aponévrose du grand oblique (Halsted).

Vu, le Doyen : ROGER.

Vu, le Président : CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

Halsted. — The radical cure of inguinal hernia in the male (Jonhs Hopskins Hosp Bull. 1893, T. IV).

Berger. — Revue technique, Tome XXV, 1902.

Monod et Vanvats. — Traité de technique opératoire, tome II.

Patel. — « Hernies ». Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

Pauchet. — Pratique chirurgicale illustrée.

Laurent. — Clinique chirurgicale (Doin, éditeur).

Marion. — Technique chirurgicale.

Lecène. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

Guibé et Quénu. — Chirurgie de l'abdomen. Traité des prosecteurs.

Oudard et Jean. — Revue de Chirurgie, février 1922.

Richard. — Presse Médicale, n° 28, 8 avril 1922.

Tzaïko. — Presse Médicale, 19 avril 1924.

Buquet. — La Clinique, juin 1922.

Bonnet. — Presse Médicale, février 1929.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette